



2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Gerenciador Financeiro CAIXA

Tipo de TED:	TED para terceiros
Conta origem:	3334 / 003 / 00000692-0
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	STA CASA DE MISERICORDIA
CPF/CNPJ:	50.320.605/0001-38

Banco:	260 - NU PAGAMENTOS S.A. - 18236120
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00031489229-5
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	FELIPE DE OLIVEIRA JACQUES
CPF/CNPJ:	46.375.146/0001-12
Valor:	R\$ 1.250,00
Valor da tarifa:	R\$ 0,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da operação:	FELIPE NF 44
Histórico:	

Data de débito:	10/01/2023
Data / Hora da operação:	10/01/2023 13:12:24

Código da operação:	00141701
Chave de segurança:	W6WQKL0UZWTNQQWC

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Autorizo a CAIXA a debitar o valor da tarifa vigente de TED na data agendada.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104



Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Ilhabela - SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS

NÚMERO DA NOTA

00044

DATA DA EMISSÃO

09-01-2023 13:15:41

CÓDIGO VERIFICAÇÃO

835D6353D

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

COMPETÊNCIA:
01/2023

LOCAL DO SERVIÇO:
ILHABELA - SP

NFS SUBSTITUÍDA:
-

N. RPS:
0

PRESTADOR DO SERVIÇO



NOME/RAZÃO SOCIAL:
FELIPE DE OLIVEIRA JACQUES 40768924880
ENDEREÇO:
MARIA DAS DORES ROCHA PERES, 11 - ZABUMBA
COMPLEMENTO:

CPF/CNPJ:
46.375.146/0001-12
MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 9914-69366

INSC.MUNICIPAL:
12210
CEP:
11.610-627
E-MAIL:
dualtmegaboot3@hotmail.com

SIMPLES NACIONAL:
(x) SIM () NÃO
PAÍS:
BRASIL

TOMADOR DO SERVIÇO

NOME/RAZÃO SOCIAL:
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ILHABELA
ENDEREÇO:
PADRE BRONISLAU CHEREK, 15 - CENTRO
COMPLEMENTO:

MUNICÍPIO:
ILHABELA - SP
TELEFONE:
(12) 3896-5566

CPF/CNPJ:
50.320.605/0001-38
CEP:
11.630-000
E-MAIL:
rh@santacasailhabela.org.br
INSC.MUNICIPAL:
883
PAÍS:
BRASIL

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

26.01 - Serviços de coleta, remessa ou entrega de correspondências, documentos, objetos, bens ou valores, inclusive pelos correios e suas agências franqueadas; courier e congêneres.

DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO

SERVIÇOS DE MOTOBOY REALIZADOS NOS DIAS 02/01, 03/01, 04/01, 05/01, 06/01 - R\$250,00 POR DIA -TOTAL = R\$ 1.250,00

*** FIM DA DISCRIMINAÇÃO DO SERVIÇO ***

DETALHAMENTO DE VALORES

IMPOSTOS FEDERAIS

PIS..... R\$ 0,00
COFINS..... R\$ 0,00
IR..... R\$ 0,00
INSS..... R\$ 0,00
CSLL..... R\$ 0,00

DEDUÇÕES

Alíquota DO ISS 0,00 %
Desconto Incondicionado..... R\$ 0,00
Desconto Condicionado..... R\$ 0,00
Outras Retenções..... R\$ 0,00
Outras Deduções..... R\$ 0,00
Regime Especial Tributação... Nenhum

VALOR DO SERVIÇO..... R\$ 1.250,00

Base de Cálculo..... R\$ 1.250,00
Valor de Crédito..... R\$ 0,00
Total de Deduções..... R\$ 0,00
Total de Imp. Federais..... R\$ 0,00
Valor do ISS..... R\$ 0,00
VALOR LÍQUIDO..... R\$ 1.250,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OUTRAS INFORMAÇÕES



- 1 - Responsável Tributário: (X) Prestador () Tomador.
- 2 - O ISS desta Nota Fiscal é devido DENTRO do município de Ilhabela.
- 3 - Uma via desta Nota Fiscal foi enviada para o e-mail do Tomador do Serviço.
- 4 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site ilhabela.iibr.com.br com a utilização do Código de Verificação.



Santa Casa
de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, nº 15-Centro- Ilhabela- SP-CEP 11630-000
CNPJ nº 50.320.605/0001-38

Ilhabela, 06 de janeiro de 2023

Ao setor de Recursos Humanos da Santa Casa de Misericórdia

De: Coordenação da Assistência Farmacêutica

**Assunto: SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE DIARIAS – MOTOBOY
REFERENTE AO PERIODO - 02/01/23 A 06/01/23.**

Solicito **PAGAMENTO DE HORAS TRABALHADAS**, para a empresa **FELIPE DE OLIVEIRA JACQUES 40768924880; NOME FANTASIA: F.O.J. ME; CNPJ 46.375.146/0001-12.**

Empresa que prestou serviço de entrega, via motoboy, a fim de atender o *ILHABELA TEM REMÉDIO - "PROGRAMA MEDICAMENTO EM CASA"*, conforme segue:

DATA	QUANTIDADE DE HORAS
02/01/2023 segunda-feira	07:25
03/01/2023 terça-feira	06:55
04/01/2023 quarta-feira	06:21
05/01/2023 quinta-feira	07:00
06/01/2023 sexta-feira	07:25
TOTAL	35:06

Atenciosamente,

Barbara Murbach
CRF/SP 73548
Farmacêutica
Coordenadora

Barbara Murbach - CRF/SP 73548
Coordenadora da Assistência Farmacêutica



Santa Casa de Misericórdia de Ilhabela

Rua Padre Bronislau Chereck, nº 15-Centro- Ilhabela- SP-CEP 11630-000
CNPJ nº 50.320.605/0001-38

DATA	HORARIO	ATIVIDADE DESEMPENHADA
02/01/2023 segunda-feira	Entrada: <u>08:00</u> Saída Almoço: <u>12:00</u> Retorno Almoço: <u>14:00</u> Saída: <u>17:25</u>	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input checked="" type="checkbox"/> entrega de malotes <input checked="" type="checkbox"/> auxilio unidades e almoxarifado <input checked="" type="checkbox"/> outros
03/01/2023 terça-feira	Entrada: <u>08:06</u> Saída Almoço: <u>12:03</u> Retorno Almoço: <u>14:00</u> Saída: <u>16:58</u>	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input checked="" type="checkbox"/> entrega de malotes <input checked="" type="checkbox"/> auxilio unidades e almoxarifado <input checked="" type="checkbox"/> outros
04/01/2023 quarta-feira	Entrada: <u>08:40</u> Saída Almoço: <u>12:01</u> Retorno Almoço: <u>14:00</u> Saída: <u>17:00</u>	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input checked="" type="checkbox"/> entrega de malotes <input checked="" type="checkbox"/> auxilio unidades e almoxarifado <input type="checkbox"/> outros
05/01/2023 quinta-feira	Entrada: <u>08:05</u> Saída Almoço: <u>12:08</u> Retorno Almoço: <u>14:04</u> Saída: <u>17:01</u>	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input checked="" type="checkbox"/> entrega de malotes <input checked="" type="checkbox"/> entrega auxilio unidades e almoxarifado <input type="checkbox"/> outros
06/01/2023 sexta-feira	Entrada: <u>08:09</u> Saída Almoço: <u>12:05</u> Retorno Almoço: 14:00 Saída: <u>17:39</u> <u>14:20</u>	<input checked="" type="checkbox"/> entrega de medicamentos <input type="checkbox"/> entrega de fraldas <input type="checkbox"/> entrega de dietas <input checked="" type="checkbox"/> entrega de malotes <input type="checkbox"/> auxilio unidades e almoxarifado <input checked="" type="checkbox"/> outros

Assinatura prestador de serviço: _____

Felipe de Oliveira Jacques

Assinatura Coordenação: _____

Barbara Murbach
CRF/SP 73548
Farmacêutica
Coordenadora